

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Санкт-Петербургский государственный педиатрический
медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

УТВЕРЖДЕНО

Учебно-методическим советом
26 декабря 2018 г., протокол № 4

Проректор по учебной работе,
Председатель Учебно-методического совета
профессор В.И. Орел



ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ
АТТЕСТАЦИИ ВЫПУСКНИКОВ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ
31.05.01 «ЛЕЧЕБНОЕ ДЕЛО»

ПРИЛОЖЕНИЕ № 1

«Перечень общемедицинских проблем,
которыми должны овладеть обучающиеся в результате освоения
образовательной программы»

Санкт-Петербург
2018

ОБЩЕМЕДИЦИНСКИЕ ПРОБЛЕМЫ

Общественное здоровье и здравоохранение

Критерии (показатели) общественного здоровья и их определение. Основные факторы, определяющие здоровье населения. Виды профилактики, основные задачи и показатели ее эффективности.

Методы изучения здоровья населения. Роль медицинской статистики в изучении состояния здоровья различных возрастно-половых групп населения и деятельности основных лечебно-профилактических учреждений здравоохранения.

Правовые основы деятельности органов и учреждений здравоохранения. Системы здравоохранения, особенности здравоохранения в России.

Основные принципы организации учреждений здравоохранения, структура и показатели деятельности. Особенности работы врача в амбулаторных и стационарных учреждениях.

Медицинская этика

Морально-этические нормативы взаимоотношений врач-пациент, врач-врач, врач-средний и младший медперсонал, врач-родственники пациента. Врачебная тайна. Ответственность врача за профессиональные нарушения.

Возрастно-половые особенности функционирования организма.

Санитарно-эпидемиологические закономерности возникновения, развития и распространения болезней.

Роль иммунных нарушений в патогенезе разных заболеваний, гуморальный и клеточный иммунитет.

ПЕРЕЧЕНЬ СОСТОЯНИЙ И ЗАБОЛЕВАНИЙ

I. Инфекционные и паразитарные болезни

Кишечные инфекции и инвазии: брюшной тиф, паратифы, дизентерия, сальмонеллез, пищевые токсикоинфекции, холера, ботулизм, вирусные гепатиты, иерсиниоз, амебиаз, лямблиоз, гельминтозы.

Воздушно-капельные инфекции: ОРВИ, синдром крупа ОРВИ, грипп, аденовирусная инфекция, герпетическая инфекция, краснуха, корь, ветряная оспа, коклюш, дифтерия, скарлатина, эпидемический паротит, менингококковая инфекция, инфекционный мононуклеоз, микоплазменная инфекция, полиомиелит, туберкулез.

Трансмиссивные инфекции: сыпной тиф, малярия.

Антропозоозные инфекции: бруцеллез, чума, туляремия, сибирская язва, геморрагическая лихорадка с почечным синдромом, бешенство.

Инфекции наружных покровов: рожа, столбняк.

Инфекции, передающиеся преимущественно половым путем: гонорея, сифилис, СПИД (ВИЧ-инфекция), хламидиоз, трихомониаз.

Грибковые поражения.

II. Новообразования (по всем системам органов – злокачественные и доброкачественные)

III. Болезни крови и кроветворных органов

Анемии: постгеморрагические, железодефицитные, В₁₂-фолиево-дефицитные, апластические, гемолитические врожденные и приобретенные (иммунные и неиммунные).

Панцитопении, агранулоцитоз.

Геморрагические синдромы: тромбоцитопения, гемофилия, болезнь Рандю–Ослера, геморрагический васкулит, ДВС-синдром, гемолитическая болезнь новорожденных, лучевая болезнь.

Гемобластозы: острые лейкозы у детей и взрослых, хронические лейкозы, миеломная болезнь, истинная полицитемия (эритремия); лимфомы (лимфогрануломатоз и другие). Лейкемоидные реакции.

Гемотрансфузионные реакции.

Эозинофилии.

IV. Болезни эндокринной системы и нарушения обмена веществ

Болезни щитовидной железы: эндемический зоб, диффузный токсический зоб, аденомы, рак, тиреодит, гипотиреоз, микседема.

Гипер- и гипопаратиреоз.

Гипофизарно-гипоталамические нарушения: акромегалия, нанизм, болезнь Иценко–Кушинга, несхарный диабет.

Сахарный диабет 1 и 2 типа, кетоацидоз, гиперосмолярная кома, макро- и микроангиопатии. Гипогликемия, гиперинсулинизм.

Болезни надпочечников: глюкостерома (синдром Иценко–Кушинга), альдостерома (синдром Конна), феохромоцитомы, андрено-генитальный синдром, надпочечниковая недостаточность.

Болезни яичников: гиперэстрогенизм, гипогонадизм, склерокистозный овариальный синдром (Штейна–Левентала). Мастопатии.

Нарушения обмена веществ: ожирение, дислипидемии, гепатолентикулярная дегенерация (болезнь Вильсона–Коновалова), гемохроматоз.

V. Психические болезни

Неврозы (неврастения, истерия), фобии, состояние тревоги, нарушения настроения.

Нарушения, связанные с алкоголизмом и наркоманиями. Алкогольные психозы, острая алкогольная интоксикация.

Шизофрения, маниакально-депрессивный психоз. Инволюционный психоз.

Половые расстройства: вагинизм, гиперсексуальность, импотенция, фригидность.

VI. Болезни нервной системы

Невриты и невралгии, полинейропатии, дискогенные радикулопатии при заболеваниях позвоночника.

Сосудистые болезни головного мозга: острые нарушения мозгового кровообращения (инсульт, тромбоз, эмболия), субарахноидальное кровоотечение, синдром повышенного внутричерепного давления; дисциркуляторная энцефалопатия, перинатальная энцефалопатия.

Инфекционные болезни: менингит, энцефалит, СПИД (ВИЧ-инфекция), абсцесс, нейросифилис, миелиит.

Медленные инфекции: болезнь Паркинсона, хорея Гентингтона.

Разные: миастения, детский церебральный паралич, мигрень, эпилепсия.

Энурез.

VII. Болезни глаз

Острый конъюнктивит, дакриоцистит, блефарит, ячмень; ретинопатии при заболеваниях внутренних органов; близорукость, дальнозоркость, косоглазие, астигматизм, катаракта, глаукома, кератит, отслойка сетчатки, слепота.

VIII. Болезни уха и сосцевидного отростка

Глухота, тугоухость, отит, мастоидит, отосклероз, неврит слухового нерва, болезнь Меньера.

IX. Болезни системы кровообращения

Болезни эндокарда: ревматический и инфекционный эндокардит, приобретенные пороки сердца.

Врожденные пороки: открытый артериальный проток, дефекты межпредсердной и межжелудочковой перегородки, тетрада Фалло, коарктация аорты.

Болезни миокарда: миокардиты, кардиомиопатии, дистрофии миокарда.

Болезни перикарда: перикардиты фибринозный, экссудативный, констриктивный, тампонада сердца, травматические повреждения сердца.

Артериальные гипертензии: эссенциальная (гипертоническая болезнь), симптоматические. Нейроциркуляторная дистония.

Атеросклероз, дислипидемии. Ишемическая болезнь сердца: стенокардия, инфаркт миокарда. Расслаивающаяся аневризма аорты.

Недостаточность кровообращения: острая (сердечная астма, отек легких, шок), хроническая застойная.

Нарушение ритма и проводимости сердца: экстрасистолия, мерцание и трепетание предсердий, пароксизмальные тахикардии, фибрилляция желудочков, асистолия, блокады.

Заболевания периферических артерий: эндартериит, атеросклероз, тромбоз, эмболия. Болезни вен: варикоз, тромбоз, тромбофлебит, хроническая венозная недостаточность, целлюлит.

Болезни сосудов легких: тромбоз и эмболия легочной артерии; инфаркт легкого, легочная гипертензия, легочное сердце.

X. Болезни органов дыхания

Болезни носа, околоносовых пазух, глотки, гортани, трахеи: ринит, синусит, фарингит, тонзиллит, ангина, перитонзиллярный абсцесс; острый ларинготрахеит; обструкция гортани, глотки; травмы.

Инфекции легких: острый бронхит, пневмонии, абсцесс, туберкулез.

Обструктивные болезни легких: хронический бронхит, бронхоэктазия; бронхиальная астма, эмфизема легких; ателектаз, аспирация.

Пневмокониозы (силикоз, асбестоз и другие) и фиброзирующие болезни (альвеолиты, саркоидоз).

Дыхательная недостаточность острая и хроническая, в том числе острый респираторный дистресс-синдром у детей и взрослых.

Болезни плевры: плевриты, пневмоторакс, гемоторакс.

XI. Болезни органов пищеварения

Болезни полости рта, зубов, слюнных желез, ротоглотки.

Болезни пищевода: рефлюксный эзофагит, грыжа диафрагмы, кардиоспазм.

Болезни желудка: гастрит, язва желудка.

Болезни кишечника: энтероколит, язва двенадцатиперстной кишки, синдром раздраженного кишечника, терминальный илеит (болезнь Крона), неспецифический язвенный колит, синдром мальабсорб-

ции, аппендицит, кишечная непроходимость, тромбоз мезентериальных сосудов, дивертикулез, геморрой, трещины заднего прохода, парапроктит.

Дисбактериоз. Желудочно-кишечные кровотечения.

Грыжа: пищевода отдела диафрагмы, белой линии живота, бедренная, паховая, пупочная, послеоперационная.

Перитонит.

Болезни поджелудочной железы: панкреатиты, муковисцидоз, гастринома (синдром Золлингера–Эллисона).

Болезни печени и желчных путей: гепатиты, циррозы, эхинококкоз, абсцесс, печеночная недостаточность, желтухи; портальная гипертензия, асцит. Желчно-каменная болезнь, холециститы, холангит.

Постхолецистэктомический синдром. Дискинезии желчных путей.

XII. Болезни кожи и подкожной клетчатки

Инфекции кожи и подкожной клетчатки: фурункул, карбункул, панариций, гидраденит, абсцессы, герпес простой, опоясывающий; пиодермии, угри; дерматофитозы.

Воспалительные болезни кожи и подкожной клетчатки: экзогенный дерматит, экзема, псориаз, лишай, эритемы, крапивница, пузырчатка.

Трофические язвы, гангрена.

XIII. Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани

Воспалительные болезни: ревматизм, ревматоидный артрит, анкилозирующий спондилоартрит, системная красная волчанка, склеродермия, дерматомиозит, ревматическая полимиалгия, узелковый периартериит; бурсит, тендовагинит.

Инфекционные: остеомиелит, септический артрит, туберкулез суставов, костей.

Дегенеративные: деформирующий остеоартроз, остеохондроз позвоночника, контрактура Дюпюиттена, лопаточно-плечевой синдром.

Метаболические: остеопороз, хондрокальциноз, подагра, рахит.

Врожденные пороки и дефекты развития: врожденный вывих бедра; кривошея, сколиотическая болезнь, плоскостопие, асептический некроз головки бедренной кости, миопатии.

XIV. Болезни мочеполовой системы

Болезни мочевыделительной системы: гломерулонефрит острый и хронический, амилоидоз почек, нефротический синдром; острая и хроническая почечная недостаточность. Острый и хронический пиелонефрит, мочекаменная болезнь, паранефрит, нефроптоз, поликистоз, инфаркт почек.

Пиелит, цистит, уретрит, обструкции мочевых путей, гидронефроз, недержание мочи, энурез. Стриктура уретры, уретеролитиаз.

Болезни мужских половых органов: простатит, аденома, орхоэпидидимит, варикоцеле, водянка яичка и семенного канатика. Семинома, крипторхизм, фимоз, парафимоз, баланопостит, импотенция, мужское бесплодие.

Болезни молочной железы.

Воспалительные и невоспалительные болезни женских тазовых и половых органов: вульвит, бартолинит, кольпиты, эндометрит, сальпингоофорит, tuboовариальные опухоли, параметрит, пельвиоперитонит, перитонит; эндометриоз, миома матки, фоновые и предраковые заболевания женских половых органов; аменорея, дисфункциональные маточные кровотечения, альгоменорея, бесплодие; острый живот в гинекологии.

XV. Беременность, роды, послеродовый и неонатальный периоды

Особенности ведения беременности, родов и послеродового периода при физиологическом их течении и в случаях осложнений. Планирование семьи. Контрацепция, стерилизация.

XVII. Врожденные аномалии [пороки развития], деформации и хромосомные нарушения (по всем системам органов)

XVIII. Симптомы, признаки и отклонения от нормы, неклассифицированные в других рубриках (Экстремальные и терминальные состояния)

Кома, делирий, деменция, обморок, атаксия, нарушения сна.

XIX. Травмы

Травмы различной локализации. Инородные тела. Поражения электрическим током, отморожения различной локализации.

Утопление, повешение; аспирационная, компрессионная и другие виды асфиксии.

Укусы и ужаления. Анафилактический шок.

Отравления лекарственными и токсическими веществами.

Эффекты воздействия высокой температуры, света и химическими веществами.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Санкт-Петербургский государственный педиатрический
медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

УТВЕРЖДЕНО

Учебно-методическим советом
26 декабря 2018 г., протокол № 4

Проректор по учебной работе,
Председатель Учебно-методического совета
профессор

В.И. Орел



ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ
АТТЕСТАЦИИ ВЫПУСКНИКОВ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ
31.05.01 «ЛЕЧЕБНОЕ ДЕЛО»

ПРИЛОЖЕНИЕ № 2

«Типовые контрольные задания или иные материалы, необходимые для
оценки результатов освоения образовательной программы
(перечень практических умений; ситуационные клинические задачи)»

Санкт-Петербург
2018

ПЕРЕЧЕНЬ ПРАКТИЧЕСКИХ УМЕНИЙ ВРАЧА-ВЫПУСКНИКА

Общеврачебные умения

Сбор и оценка анамнеза:

- социального;
- биологического;
- генеалогического.

Антропометрическое обследование пациента:

- измерение массы и длины тела, окружности грудной клетки, окружности головы;
- оценка физического развития пациента на основании использования данных антропометрических

стандартов и индексов.

Психометрическое обследование и оценка нервно-психического развития (состояния) пациента.

Проведение и оценка результатов функциональных нагрузочных проб по Шалкову, Штанге – Генча.

Измерение и оценка артериального давления, частоты сердечных сокращений и дыханий в минуту у пациента.

Определение группы здоровья пациента на основании комплексной оценки состояния здоровья.

Клиническое обследование здорового и больного пациента: осмотр, аускультация, перкуссия, пальпация.

Сбор материала для лабораторных исследований при соматической и инфекционной патологии у пациента: крови, мочи, кала, костного мозга, спинномозговой жидкости.

Оценка результатов анализов:

– общего анализа крови, анализов мочи общего, по Нечипоренко, Аддису–Каковскому, Амбурже, пробы по Зимницкому, копрограммы;

– биохимических анализов крови при соматических и инфекционных заболеваниях:

- ревматологический комплекс (общий белок, белковые фракции, сиаловая кислота, проба Вельтмана, С-реактивный белок, формоловая проба);

- почечный комплекс (общий белок, белковые фракции, холестерин, мочевины, остаточный азот, клиренс по эндогенному креатинину, электролиты – калий, кальций, фосфор, натрий, хлор);

- печеночный комплекс (общий белок, белковые фракции, холестерин, общий билирубин, его фракции, проба Вельтмана, сулемовая проба, тимоловая проба, АЛТ, АСТ, ЩФ);

– кислотно-основного состояния крови;

– сахара крови натощак, амилазы крови, диастазы мочи;

– серологического маркерного спектра у больных вирусными гепатитами А, В, С;

– исследования иммунного статуса при различных формах инфекционных заболеваний у пациента;

– исследования на сывороточные маркеры при краснухе, ВИЧ-инфекции, ЦМВ-инфекции, токсоплазмозе, инфекционном мононуклеозе и др.;

– проб Манту, Пирке.

Определение группы крови по системе ABO и Rh.

Выполнение пробы на:

– индивидуальную совместимость крови донора и больного;

– пригодность крови, кровезаменителей, других растворов для переливания.

Оценка коагулограммы: время свертывания, длительность кровотечения, толерантность к гепарину, протромбиновый индекс, протромбиновое время, время рекальцификации.

Оценка результатов инструментальных методов исследования:

– ультразвукового сканирования;

– желудочного и дуоденального зондирования;

– рентгенографического исследования;

– электрокардиографического исследования;

– бронхоскопии и бронхографии;

– люмбальной, стеральной, плевральной пункций.

Подготовка пациента к рентгенологическому и ультразвуковому обследованию органов желудочно-кишечного тракта, мочевыводящей системы; к эндоскопическому исследованию желудочно-кишечного тракта и органов дыхания.

Выполнение пальцевого исследования прямой кишки.

Проведение постурального дренажа бронхов.

Проведение наружного и внутреннего обследования беременных в ранних и поздних сроках беременности.

Определение реакции зрачков на свет.

Оценка выявленных при обследовании пациента патологических изменений и формулирование предварительного диагноза.

Обоснование этиологической, патогенетической и посиндромной терапии при различных патологических состояниях у пациентов.

Обработка полости рта, ушей, носа.

Промывание глаз.
Удаление инородного тела:
– из конъюнктивы;
– из наружного слухового прохода, из полости носа;
– из полости рта.
Обработка глаз при ожогах.
Проведение передней тампонады при носовом кровотечении.
Остановка наружного кровотечения путем:
– пальцевого прижатия сосуда;
– наложения давящей повязки;
– наложения жгута.
Промывание желудка. Постановка очистительных, сифонных и лекарственных клизм.
Отсасывание содержимого из верхних дыхательных путей (с использованием электро- и механического отсосов).
Наложение калоприемника.
Обработка пролежней.
Выполнение инъекций лекарственных средств (внутримышечно, подкожно, внутривенно, внутривенно), расчет доз и разведений лекарственных средств.
Подготовка системы для внутривенной инфузии и проведение внутривенного переливания жидкостей.
Установка воздуховода.
Подготовка набора инструментов, материалов, медикаментов и проведение первичной хирургической обработки раны.
Наложение повязки на все области тела.
Перевязка чистой и гнойной раны. Наложение бактерицидных повязок. Использование индивидуально-го перевязочного пакета. Наложение эластичного бинта на нижнюю конечность.
Выполнение иммобилизации при вывихах и переломах верхних и нижних конечностей путем использования:
– подручных средств;
– транспортных шин.
Определение правильности наложения гипсовой лангеты.
Выполнение непрямого массажа сердца. Демонстрация техники работы с дефибриллятором. Выполнение ИВЛ способом рот-в-рот, рот-в-нос, мешком Амбу.
Оказание неотложной помощи при:
– ожогах, отморожениях и электротравме;
– острой дыхательной недостаточности на догоспитальном и госпитальном этапах;
– острым отеке легких;
– отравлениях и интоксикациях;
– ожогах пищевода;
– острой дегидратации;
– шоке разного генеза;
– гипертермии;
– остром нарушении мозгового кровообращения;
– гипертоническом кризе;
– отеке мозга;
– судорогах;
– эпилептиформном припадке;
– ДВС-синдроме;
– обмороке, коллапсе;
– солнечном и тепловом ударе;
– утоплении;
– острых аллергических реакциях;
– приступе бронхиальной астмы;
– ангинозном статусе;
– диабетической коме;
– приступе почечной колики;
– острых кишечных и респираторных инфекциях;
– укусах животными, змеями и насекомыми.
Выписка и оформление рецептов, в том числе льготных, на наркотические и приравненные к ним препараты. Ведение типовой медицинской документации. Организация работы сестринского поста.
Составление плана и проведение санитарно-просветительной работы.
Проведение противоэпидемических мероприятий в очагах инфекции.
Проведение анализа показателей работы врачей и лечебно-профилактических учреждений.

ПРИМЕРНЫЕ СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ ДЛЯ ГОСУДАРСТВЕННОЙ АТТЕСТАЦИИ ПО ВНУТРЕННИМ БОЛЕЗНЯМ

Задача

Больная У. 24 лет, фельдшер, была направлена в стационар с жалобами на боли воспалительного ритма в суставах кистей, голеностопных суставах, наличие утренней скованности в суставах до 1 часа. Также отмечает повышение температуры тела до субфебрильных цифр по вечерам, появление сыпи на лице в области скул, общую слабость, выпадение волос.

Из анамнеза: считает себя больной в течение 2 лет, когда начала отмечать появление гиперемии кожи лица и шеи в ответ на инсоляцию. С лета настоящего года после гиперинсоляции (отдыхала на юге) и перегревания появились эритематозные высыпания на шее, руках. Через две недели после возвращения домой отметила повышение температуры тела до фебрильных цифр. По месту жительства выставлен диагноз ОРЗ, проводилась терапия антибактериальными препаратами без эффекта. При дополнительном обследовании выявлен белок в моче. Направлена в стационар.

При осмотре: общее состояние средней степени тяжести. Кожные покровы: эритематозная сыпь в виде «бабочки» на коже лица, области декольте. Симметричные отёки до нижней трети голеней. Слизистые чистые. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 17 в минуту. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС – 92 ударов в 1 минуту, АД - 140/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, печень не выступает из-под края рёберной дуги по срединно-ключичной линии. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Стул регулярный, оформленный. Припухлость в области II, III пястнофаланговых и II проксимальных межфаланговых суставов, в области голеностопных суставов; ограничение движений за счет болей, хват кистей - 80%; деформаций нет. Обследование. Общий анализ крови: эритроциты – $3,6 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 86 г/л, тромбоциты – $100 \times 10^9/л$, лейкоциты - $1,6 \times 10^9/л$, эозинофилы - 1%, палочкоядерные нейтрофилы - 8%, сегментоядерные нейтрофилы – 59%, лимфоциты – 25%, моноциты - 4%, СОЭ – 22 мм/ч. Общий анализ мочи – мутная, цвет - желтый, плотность – 1,022, реакция - кислая, белок – 0,560 г/л, глюкоза – отрицательная, лейкоциты - 20-25 в поле зрения. Биохимический анализ крови: креатинин – 118 мкмоль/л, мочевины - 8,8 ммоль/л, общий белок – 67 г/л, альбумины - 45%, α_1 – 4%, α_2 – 15%, β – 9%, γ - 27%, фибриноген – 6,3 г/л. Антитела к ДНК и антинуклеарный фактор – более 200 Ед/мл. Предположите наиболее вероятный диагноз.

Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

Препараты каких групп лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии? Обоснуйте свой выбор.

Прогноз трудоспособности.

Задача

В кардиологическое отделение госпитализирован больной К. 24 лет, студент. Жалобы на одышку при ходьбе до 100 м, усиление одышки в горизонтальном положении, сердцебиение, общую слабость, отёки на ногах. В течение 2 месяцев отмечает появление одышки, слабости. Неделю назад появились перебои в работе сердца и сердцебиение, с этого же времени появились отёки на ногах. Из перенесённых заболеваний отмечает ОРЗ, аппендэктомию в детском возрасте, грипп около 4 лет назад.

Объективно: общее состояние тяжёлое. Кожа бледная. Отёки голеней, стоп. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Притупление перкуторного звука в нижних отделах лёгких. Дыхание везикулярное, в нижних отделах крепитирующие хрипы, ЧДД - 26 в минуту. Верхушечный толчок в VI межреберье на 3 см кнаружи от левой среднеключичной линии. Границы относительной тупости сердца: правая - на 2 см кнаружи от правого края грудины, верхняя - II межреберье по левой среднеключичной линии, левая - по передней подмышечной линии. Тоны сердца приглушены, систолический шум на верхушке и в V точке аускультации. Ритм сердца неправильный, ЧСС – 122 удара в 1 минуту, АД - 100/80 мм рт. ст., средний пульс - 105 в минуту, неритмичный. Размеры печени по Курлову - 14×11×10 см.

Общий анализ крови: гемоглобин - 125 г/л, лейкоциты - $4,0 \times 10^9/л$, СОЭ - 10 мм/ч. При рентгенографии органов грудной клетки выявлен синдром кардиомегалии. Эхо-КС: дилатация левого и правого желудочков, диффузный гипокинез, фракция выброса - 28%. ЭКГ: фибрилляция предсердий, ЧЖС - 132 в 1 минуту.

Предположите наиболее вероятный диагноз.

Какие изменения миокарда выявляются при гистологическом исследовании при данном заболевании?

Перечислите ЭКГ признаки фибрилляции предсердий.

Назначьте лечение данному пациенту.

Прогноз для жизни и трудоспособности.

Задача

Больная 60 лет в течение многих лет страдает артериальной гипертензией. Уровни АД до 180/110 мм рт.ст., адаптирована к уровням АД 120-130/80 мм рт.ст. Постоянно получает антигипертензивную терапию, подъемы АД возникают в течение последних 3 лет редко, чаще на фоне психо-эмоционального напряжения. У больной имеет место ожирение 1 степени (ВОЗ) по абдоминальному типу. Около 5 лет назад установлен диагноз сахарного диабета 2 типа. Диету нарушает, уровни гликемии контролирует нерегулярно. Длительно принимает метформин в суточной дозе 1500 мг. Гликированный гемоглобин год назад – 7,8%, в текущем году не контролировала. Сухости во рту, жажды не отмечает, беспокоят частые мочеиспускания в ночное время, кожный зуд периодически. В связи с жалобами обратилась в поликлинику по месту жительства. Ранее неоднократно госпитализировалась с повышением температуры тела до 38-39С, болями в животе, поясничной области, болезненным мочеиспусканием. На фоне терапии, включающей антибиотики, уросептики, отмечалась отчетливая положительная динамика в клиническом течении. На момент осмотра не лихорадит. Отмечена пастозность лица, периобитальные тени. Кожные покровы бледные, сухие. При осмотре по системам отмечено расширение границ относительной сердечной тупости влево, в остальном без особенностей. Уровень АД 145/90 мм рт.ст. По данным обследования в условиях поликлиники выявлены следующие изменения: в клиническом анализе крови – эритроциты – $3,5 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 102 г/л, лейкоцитоз $12 \times 10^9/л$, сегм – 65%, пал – 6%, СОЭ 25 мм в час, в общем анализе мочи – относительная плотность – 1011, рН 5,7, глюкоза – 5 ммоль/л, кетоны – отрицат., белок – 0,7 г/л, лейкоциты 100 в поле зрения, эритроциты 10 в поле зрения, в биохимическом анализе крови – калий – 4,6 ммоль/л, натрий – 139 ммоль/л, креатинин – 112 мкмоль/л, мочевины – 7,2 ммоль/л, глюкоза – 10 ммоль/л, гликированный гемоглобин – 8%. При расчете скорости клубочковой фильтрации по формуле СКД-ЕРІ получено значение 58 мл/мин/1,73 м кв.

Сформулируйте клинический диагноз.

С какими заболеваниями необходимо дифференцировать?

Какие исследования необходимо выполнить дополнительно для подтверждения диагноза?

План лечения пациентки. Реабилитация. Прогноз.

Задача

Больной 57 лет, госпитализирован по неотложным показаниям. На момент осмотра жалобы на выраженную слабость, боли в животе, болезненное и затрудненное мочеиспускание. Отмечает повышение температуры тела до 38С в течение 3 дней. Также отмечает нарастающую сухость во рту и жажду. Похудел на 5 кг в течение 3 недель. Ранее за медицинской помощью не обращался. При осмотре состояние средней степени тяжести. Кожные покровы бледные, с землистым оттенком, сухие, на коже кистей рук, стоп видны трещины, на коже голеней выраженные трофические изменения. Пастозность лица. Грудная клетка визуально не

изменена, границы относительной сердечной тупости расширены до левой срединноключичной линии, при аускультации тоны сердца приглушены, ЧСС 110 в мин, акцент 2 тона над аортой. АД 150/90 мм рт.ст. Дыхание жесткое, ЧДД 18, проводится во все отделы, хрипов нет. Отеков нет. Живот увеличен, при пальпации чувствительный в нижних и боковых отделах, пальпируется увеличенный мочевой пузырь, перкуторно – до области пупка.

Осмотрен урологом: доброкачественная гиперплазия предстательной железы, острая задержка мочи. По катетеру получено 1200 мл мочи темного цвета с хлопьями. По данным лабораторного обследования: в клиническом анализе крови – эр – $3,2 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 100 г/л, лейкоцитоз – $20 \times 10^9/л$, сегм – 52%, пал – 13%, СОЭ – 32 мм в час, в общем анализе мочи – 1012, мутная, белок – 0,7 г/л, глюкоза – 3 ммоль/л, кетоны – (+), лейкоциты – 250 в п/зр, эритроциты – 80 в п/зр, бактерии – 500 кл/п/зр, в биохимическом анализе

крови – калий – 5,1 ммоль/л, натрий – 135 ммоль/л, мочевины – 11,5 ммоль/л, креатинин – 210 мкмоль/л, глюкоза – 18 ммоль/л, АЛТ – 50 Ед/л, АСТ – 43 Ед/л, общ. билирубин – 20 мкмоль/л, общ. белок – 52 г/л. По данным УЗИ почек и мочевого пузыря: почки обычных размеров, паренхима истончена, ЧЛС обеих почек расширена, мочевой пузырь умеренно заполнен, имеются признаки расширения мочеточников в верхней трети, конкременты не определяются.

Сформулируйте клинический диагноз.

С какими заболеваниями необходимо дифференцировать?

Какие исследования необходимо выполнить дополнительно для подтверждения диагноза?

План лечения пациентки. Реабилитация. Прогноз.

Задача

На приёме у врача-терапевта участкового в поликлинике женщина 61 года предъявляет жалобы на наличие безболезненных опухолевидных эластичных образований по боковой поверхности шеи и в подмышечных областях, а также на тяжесть в левом подреберье при быстрой ходьбе, повышенную потливость. Вышеуказанные жалобы появились около года назад, постепенно нарастали. Объективно: общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Пальпируются конгломераты увеличенных подчелюстных, шейных, подмышечных, паховых лимфоузлов, при пальпации – эластичные, безболезненные, малоподвижные, кожа над ними не изменена, симметрично увеличены – шейные и подчелюстные до 2-3 см, подмышечные до 3-4 см, паховые до 4 см в диаметре. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов не слышно, ЧДД – 18 в минуту. Тоны сердца ясные, ЧСС – 78 ударов в минуту. АД – 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Край печени не выступает из-под края рёберной дуги. Селезёнка выступает на 2 см из-под края рёберной дуги, край эластичный, безболезненный.

Общий анализ крови: эритроциты – $3,6 \times 10^{12}/л$, Нв – 129 г/л, тромбоциты – $200 \times 10^9 /л$, лейкоциты – $39 \times 10^9 /л$, палочкоядерные нейтрофилы – 2%, сегментоядерные нейтрофилы – 2%, лимфоциты – 92%, моноциты – 4%, СОЭ – 30 мм/ч, тени БоткинаГумпрехта – 1-2 в поле зрения.

Какой предварительный диагноз можно поставить?

Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

Какие обследования необходимо назначить для уточнения диагноза?

Выберите и обоснуйте тактику ведения больного.

Каков прогноз при данном заболевании, и какие возможны осложнения?

Задача

Мужчина 32 лет при обращении в поликлинику к врачу-терапевту участковому предъявляет жалобы на неоформленный стул с примесью крови до 10 раз в сутки, схваткообразные боли внизу живота перед дефекацией, похудание на 7 кг за 3 месяца. Из анамнеза: примеси крови в кале и неоформленный стул беспокоят в течение 3 месяцев. Температура не повышалась. Контакт с инфекционными больными отрицает, за пределы области не выезжал. Курил 1 пачку сигарет в сутки 10 лет, год назад прекратил. Злоупотребление алкоголем, внутривенную наркоманию отрицает. У родственников заболеваний желудочно-кишечного тракта нет. Работает менеджером, профессиональных вредностей нет.

Объективно: состояние удовлетворительное. Температура $36,7^{\circ}C$. Кожные покровы бледные, влажные. Рост – 175 см, вес – 58 кг. В лёгких везикулярное дыхание, побочных дыхательных шумов нет. ЧДД – 18 в минуту. При аускультации – ритм сердца правильный, соотношение тонов в норме, шумов нет. ЧСС – 98 ударов в минуту. АД – 110/70 мм рт. ст. (D=S). При осмотре живот симметричен, участвует в акте дыхания. При пальпации мягкий, болезненный в левой фланговой и левой подвздошной области. Печень по Курлову – $9 \times 8 \times 7$ см. Размеры селезёнки – 6×4 см. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Общий анализ крови: эритроциты – $2,7 \times 10^{12}/л$, Нв – 108 г/л, цветовой показатель – 0,6, тромбоциты – $270 \times 10^9 /л$, лейкоциты – $7,0 \times 10^9 /л$, эозинофилы – 1%, палочкоядерные нейтрофилы – 2%, сегментоядерные нейтрофилы – 65%, лимфоциты – 27%, моноциты – 5%, СОЭ – 22 мм/ч. Копрограмма: кал неоформленный, слизь +++, лейкоциты – 10-15 в поле зрения, эритроциты – 5-6 в поле зрения. Фиброколоноскопия: слизистая нисходящей ободочной, сигмовидной и прямой кишки диффузно гиперемирована, легко кровоточит при контакте с колоноскопом, сосудистый рисунок смазан. В ректосигмоидном отделе выявлены множественные эрозии, покрытые фибрином.

Предположите наиболее вероятный диагноз.

Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

Препараты каких групп показаны для лечения пациента в данной ситуации? Обоснуйте свой выбор.

Задача

Пациент Е. 23 лет, автомеханик, заболел две недели назад после переохлаждения. Врачом-терапевтом участковым по месту жительства диагностирован острый тонзиллит. Была рекомендо-

вана терапия Амоксициллином курсом 10 дней, однако через 3 дня в связи со значительным улучшением самочувствия и нормализацией температуры тела лечение пациент прекратил. Через две недели после указанных событий больной отметил появление отеков на лице, общую слабость и недомогание, снизился аппетит, появилась головная боль, также моча стала темно-красного цвета и уменьшилось её количество. Наряду с вышеперечисленными симптомами пациента беспокоили боли в животе и пояснице. При измерении артериального давления – АД 140/90 мм рт. ст.

При осмотре: кожные покровы бледные. При аускультации лёгких дыхание везикулярное, побочных дыхательных шумов нет, ЧДД – 17 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. АД – 140 и 90 мм рт. ст. ЧСС – 90 ударов в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печёночной тупости по Курлову – 11×9×8 см. Диурез – 700 мл в сутки.

Проведено лабораторное исследование. Общий анализ крови: гемоглобин – 136 г/л, лейкоциты – $10,8 \times 10^9$ /л, СОЭ – 70 мм/час. Общий анализ мочи: относительная плотность – 1025, протеинурия – 1,5 г/л, лейкоциты – 14-15 в поле зрения, эритроциты – сплошь покрывают все поле зрения. Биохимический анализ крови: общий белок – 62 г/л, альбумин – 39 г/л, холестерин – 4,5 ммоль/л, мочевины – 5,6 ммоль/л, креатинин – 110 ммоль/л, СКФ – 79,4 мл/мин/1,73 м² по CKD-EPI, титр АСЛ-О – 1:1000. УЗИ почек: почки увеличены в размерах, контуры ровные, расположение типичное; дифференцировка слоёв паренхимы нарушена, экзогенность паренхимы умеренно повышена; чашечно-лоханочная система без деформаций и эктазий.

Предположите наиболее вероятный диагноз.

Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

Назовите план обследования пациента.

Назначьте необходимую терапию.

Задача

У больной, 30 лет, при профилактическом осмотре случайно обнаружили незначительное увеличение щитовидной железы. Ультразвуковое исследование органа выявило наличие множества разнокалиберных узлов на фоне неоднородного строения. Из анамнеза известно, что до 25 лет постоянно проживала в Брянской области, в том числе в период аварии на Чернобыльской АЭС. В последнее время стала замечать, что не может носить одежду с тугими воротниками. Месячные стали нерегулярными. Наблюдается у маммолога по поводу фиброаденоматоза молочных желез. За мужем. Имеет 10-летнюю дочь, которая плохо учится, малорослая.

Какой наиболее вероятный диагноз у данной больной? С какими заболеваниями нужно проводить дифференциальный диагноз? Какие исследования необходимо выполнить? Какова дальнейшая тактика и лечение больной? Какие осложнения можно ожидать в этом случае? Какой прогноз у больной (для выздоровления, для жизни, трудовой)?

Задача

Больной, 50 лет, обратился к врачу с жалобами на почти постоянные мучительные головные боли, которые не снимаются обычными гипотензивными средствами. В прошлом принимал участие в боевых действиях в Афганистане. Был контужен. При осмотре - высокого роста. Развитие мышечной массы хорошее (в прошлом - спортсмен). Однако пациент производит впечатление нескладного телосложения с грубоватым скелетом. Подчеркнуто крупные ладони и стопы с толстыми пальцами (при дополнительном расспросе указал, что больше не может, как раньше, носить модельную обувь, так как ее невозможно подобрать по размеру). Голова крупная с большими оттопыренными ушами и грубыми чертами лица. Явный прогнатизм. Зубы редкие. Язык большой. Кожа с многочисленными папилломами, сальная, с обильной растительностью по мужскому типу. Сердце, по рентгеновским данным, увеличено. АД 120/80 мм рт. ст. Пульс нормальный. Печень также увеличена, безболезненная. Биохимический анализ крови: без существенных отклонений от нормы, уровень глюкозы в крови - 6,3 ммоль/л.

Какой наиболее вероятный диагноз у данного больного? С какими заболеваниями нужно проводить дифференциальный диагноз? Какие исследования необходимо выполнить? Какова дальнейшая тактика и лечение больного? Какие осложнения можно ожидать в этом случае? Какой прогноз у больного (для выздоровления, для жизни, трудовой)?

Задача

Больной, 23 лет, обратился в поликлинику с жалобами на общую мышечную слабость, утомляемость, головные боли, резкое снижение работоспособности, сухость во рту, повышенную жажду,

частое обильное мочеиспускание. Заболел около месяца назад после нервного потрясения (нападение хулиганов). Появились жажда и зуд кожи. Стал худеть (за последние две недели потерял около 8 кг), несмотря на то, что аппетит сохранялся, и он довольно много ел. Заметил, что стал по несколько раз просыпаться по ночам, чтобы помочиться, чего прежде не бывало. При осмотре: истощен, кожа сухая, шершавая. На спине - следы расчесов. Язык красный, липкий. Из рта - сладковато-кислый запах. Тоны сердца приглушены, умеренная тахикардия (до 90 уд/мин). Живот спокойный. Печень увеличена на 5 см. Селезенка не пальпируется.

Какой наиболее вероятный диагноз у данного больного? С какими заболеваниями нужно проводить дифференциальный диагноз? Какие исследования необходимо выполнить? Какова дальнейшая тактика и лечение больного? Какие осложнения можно ожидать в этом случае? Какой прогноз у больного (для выздоровления, для жизни, трудовой)?

ПРИМЕРНЫЕ СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ ДЛЯ ГОСУДАРСТВЕННОЙ АТТЕСТАЦИИ ПО ХИРУРГИЧЕСКИМ БОЛЕЗНЯМ

Задача

В приемное отделение доставлен больной, 42 лет, с болями в животе. Боли возникли внезапно. Выяснилось, что больной около 10 лет страдает язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки. Отмечает резкое усиление болей при малейшем движении. Была однократная рвота желудочным содержимым. Через два часа боли почти полностью прекратились. Больной самостоятельно ушел домой. На следующий день пришел к врачу, так как оставались небольшие боли в правом подреберье, температура повысилась до 37,5°C. При осмотре живот мягкий, безболезненный, за исключением правого подреберья, где имелись болезненность и защитное напряжение мышц. Симптом Щеткина-Блюмберга слабоположительный, френрикус- симптом отрицательный. Печеночная тупость сохранена. Пульс 84 уд/мин. Язык влажный. Лейкоцитоз.

Ваш диагноз?

План обследования и лечения?

Задача

Больная, 67 лет, в течение 6 месяцев отмечает слабость, снижение аппетита, периодические боли в правой половине живота, больше в подвздошной области, похудание, чередование частого стула и запоров. В анализе крови: анемия. В кале обнаружена скрытая кровь. При ирригоскопии: дефект наполнения 2х3 см, с неровными бугристыми контурами слепой кишки.

Ваш диагноз?

План обследования и лечения?

Задача

У больной 34 лет за два часа до поступления в клинику внезапно появились сильные схваткообразные боли в животе, возникшие после еды. Была многократная рвота, скудный однократный стул. Заболеванию предшествовал недельный курс голодания, самостоятельно проводившийся больной. Состояние тяжелое, беспокойна, мечется в постели. Выражение лица страдальческое, определяется цианоз губ. Дыхание учащено, пульс 112 уд/мин. АД 100/60 мм рт. ст. Живот умеренно вздут, асимметричный. В мезогастрии пальпируется плотноэластическое болезненное образование овальной формы. На высоте схваткообразных болей выслушивается усиленная резонирующая перистальтика. Определяется «шум плеска».

Ваш диагноз?

План обследования и лечения?

Задача

Больной, в течение последних трех месяцев, отмечает умеренные ноющие боли в правой подвздошной области, вздутие живота, усиленное урчание кишечника, слабость, субфебрильную температуру. Около месяца беспокоят запоры, сменяющиеся жидким стулом со слизью и следами темной крови. Три дня назад боли в животе значительно усилились и приняли схваткообразный характер, перестали отходить газы. Состояние больного тяжелое, пульс 94 уд/мин. Живот вздут, при пальпации мягкий, болезненный в правой подвздошной области, где определяется малоподвижный плотный инфильтрат. Перистальтика резонирующая. При обзорной рентгенографии брюшной полости выявлены множественные горизонтальные уровни жидкости, чаши Клойбера.

Ваш диагноз?

План обследования и лечения?

Задача

Больной, 38 лет, оперирован по поводу перфоративной язвы желудка, разлитого серозно-фибринозного перитонита. Было проведено ушивание перфорации, дренирование брюшной полости. На 3-и сутки после операции появилось вздутие живота, тошнота, была однократная рвота. Стула не было, газы не отходили. При осмотре: состояние больного средней тяжести. Пульс 88 уд/мин. Живот равномерно вздут, при пальпации мягкий, болезненный в области операции. Симптомов раздражения брюшины нет. Перистальтика вялая, единичными волнами. "Шум плеска" не определяется. По дренажам из брюшной полости отделяемого нет.

Ваш диагноз?

План обследования и лечения?

Задача

Больной с ущемленной пахово-мошоночной грыжей поступил на 3 сутки от начала заболевания. Температура до 39°C, гиперемия, инфильтрация и отек грыжевого мешка.

Ваш диагноз? План обследования и лечения?

Задача

Больной. 40 лет. Беспокоят боли за грудиной в области мечевидного отростка иррадиирующие в лопатку, отрыжка, изжога. Симптомы усиливались при наклоне туловища вперед. У больного заподозрена скользящая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы.

План обследования и лечения?

Задача

Больной упал, катаясь с горы на лыжах. При падении подвернулась левая нога кнаружи: самостоятельно встать из-за болей не смог. Доставлен попутной машиной в травмпункт с импровизированной иммобилизацией левой голени (обломок лыжи). При осмотре резкая болезненность при пальпации в области нижней трети левой большеберцовой кости и верхней трети малоберцовой кости, отечность, деформация, подвижность.

Ваш диагноз?

План обследования и лечения?

Задача

У больной, с камнем нижней трети правого мочеточника, в течение последнего года постоянные боли в поясничной области справа. Ранее имели место приступообразные боли в области правой почки. При пальпации в правом подреберье определяется опухолевидное образование с гладкой поверхностью, ровными контурами, слегка баллотирующее.

Ваш диагноз?

План обследования и лечения?

Задача

У больной, перенесшей эндоскопическую папиллосфинктеротомию, выражен болевой синдром в эпигастриальной области с иррадиацией в поясницу, повторная рвота, напряжение мышц передней брюшной стенки. В анализах лейкоцитоз и повышение уровня амилазы сыворотки.

Ваш диагноз? План обследования и лечения?

ПРИМЕРНЫЕ СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ ДЛЯ ГОСУДАРСТВЕННОЙ АТТЕСТАЦИИ ПО АКУШЕРСТВУ И ГИНЕКОЛОГИИ

Задача

Роды I срочные. АД 140/90 мм. рт. ст. Отеки нижних конечностей. Схватки через 4-5 мин по 35-40 секунд, болезненные. В общем анализе мочи, взятой в приемном покое, белок - 0,3 г/л. Головка плода малым сегментом во входе в малый таз. Сердцебиение плода ясное ритмичное, 134 уд/мин. Воды не отходили. При влагалищном исследовании установлено: шейка матки сглажена, края средней толщины, умеренно податливые, раскрытие шейки матки на 4 см; плодный пузырь цел, предлежит головка плода.

Ваш диагноз? План обследования и лечения?

Задача

Роды I срочные на 39/40 неделе. Нефропатия. Внезапно появились резкие боли в животе, снижение АД. Матка плотная, между схватками не расслабляется. Выбухание контуров матки по право-

му ребру и резкая болезненность в этой области. Сердцебиение плода не выслушивается. При влагалищном исследовании: открытие шейки матки на 4 см, плодный пузырь цел; головка плода малым сегментом во входе в таз; незначительные кровяные выделения.

Ваш диагноз? План обследования и лечения?

Задача

Беременность 16 недель. За последние 2 месяца матка не только не увеличилась, но даже уменьшилась, по величине соответствует 10- недельному сроку беременности. Шейка матки закрыта, выделений нет. Самочувствие и общее состояние вполне удовлетворительное.

Ваш диагноз? План обследования и лечения?

Задача

Роды II срочные. Роженица жалуется на болезненные схватки. Схватки через 4-5 мин по 40 секунд. Матка между схватками расслабляется. Положение плода продольное, предлежит головка плода, прижатая ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 140 уд/мин. Выделений из половых путей нет. При влагалищном исследовании установлено: шейка матки сглажена, раскрытие 5 см; плодный пузырь плоский, головка плода прижата ко входу в малый таз.

Ваш диагноз? План обследования и лечения?

Задача

Роды II срочные. Родовая деятельность умеренная - схватки через 4-5 мин по 30-40 секунд, болезненные. Размеры таза нормальные. Сердцебиение плода ясное, 120 уд/мин. Выраженные отеки, появилась резкая головная боль. АД 200/110 мм. рт. ст. Начались судороги и потеря сознания. При влагалищном исследовании: раскрытие маточного зева полное, головка плода в полости малого таза.

Ваш диагноз? План обследования и лечения?

Задача

Через 10 мин после рождения последа из половых путей появились обильные кровянистые выделения, кровопотеря одномоментно достигла 700 мл и продолжается. Послед цел, оболочки все. Матка при наружном массаже мягкая. Родильница жалуется на слабость. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. Тахикардия. АД 90/60 мм. рт. ст.

Ваш диагноз? План обследования и лечения?

Задача

Во время производства аборта на сроке 8 недель, при осторожном зондировании обнаружено большое перфорационное отверстие по правому ребру матки, на уровне внутреннего зева. Значительное кровотечение.

Ваш диагноз? План обследования и лечения?

Задача

Роды I срочные. Схватки в течение 12 часов. Воды излились 2 часа назад. Схватки стали редкими и слабыми. Сердцебиение плода меняется от 100 до 90 уд/мин. Открытие зева полное. Головка в полости малого таза. Стреловидный шов в правом косом размере. Малый родничок слева сверху.

Ваш диагноз? План обследования и лечения?

Задача

Повторнородящая 32 года. Родовая деятельность умеренная. Воды целы. Таз 25-28-32-21 см. Мыс не достигается. Хорошие схватки. Головка плода над входом в малый таз. Сердцебиение плода 120 уд/мин. Появились кровянистые выделения из половых путей. При влагалищном исследовании: раскрытие шейки матки 6 см, плодный пузырь цел, определяется «шероховатость» плодных оболочек.

Ваш диагноз? План обследования и лечения?

Задача

Первородящая 24 года, беременность доношенная. Схватки начались 4 часа назад. Таз 25-28-32-21 см. При наружном акушерском исследовании установлено: положение плода продольное, ко входу в малый таз прижаты ягодицы плода. Сердцебиение плода ясное, 140 уд/мин. Произведено влагалищное исследование: шейка матки сглажена, раскрытие 6 см, края тонкие, податливые, плодного пузыря нет; предлежат ягодицы во входе в малый таз.

Ваш диагноз? План обследования и лечения?

ПРИМЕРНЫЕ СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ ДЛЯ ГОСУДАРСТВЕННОЙ АТТЕСТАЦИИ ПО ИНФЕКЦИОННЫМ БОЛЕЗНЯМ

Задача

Больной 25 лет, госпитализирован с жалобами на резкую слабость, потливость по ночам, кашель с мокротой, повышение температуры тела. Заболел 4 дня назад остро: ломота в мышцах и суставах, слабость, головная боль в области лба, повышение температуры до 39,5°; со второго дня болезни появился сухой кашель. Принимал жаропонижающие без заметного эффекта. Вчера кашель усилился, появилась боль в грудной клетке при глубоком дыхании слева. При осмотре: состояние средней тяжести, температура 38,5. Кожа без сыпи. Умеренная гиперемия слизистых глотки. Тоны сердца приглушены. Пульс 100 ударов в минуту, ритмичный, АД 120/75 мм рт.ст. Над легкими жесткое дыхание, слева в нижних отделах под лопаткой ослаблено, выслушиваются мелкопузырчатые хрипы, здесь же притупление перкуторного звука. ЧД 22 в минуту. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень и селезенка не увеличены.

Диагноз. Обследование. Лечение.

Задача

Мужчина 30 лет заболел остро: температура 40°, сильная головная боль, ломота в теле. Со второго дня болезни – сыпь на конечностях и теле, усиление головной боли, повторная рвота, судорожный приступ. При осмотре: состояние крайне тяжелое. Без сознания. Температура 36,0°. Кожные покровы бледные, акроцианоз. На теле и конечностях – элементы геморрагической сыпи различной формы и размеров, сливные в области крупных суставов, некоторые с некрозом в центре. Пульс нитевидный, АД 80/40 мм рт.ст. Менингеальные знаки положительные.

Диагноз. Обследование. Лечение.

Задача

Больной 60 лет страдает сахарным диабетом. После мелкой травмы на голени образовалась гнойная рана, лечился домашними средствами. Последние 7 дней – ознобы, поты, температура 38-40°; несколько часов назад – судорожный приступ. Госпитализирован в тяжелом состоянии. При осмотре: сопор. Флегмона правой голени. Склеры светлые, на переходной складке конъюнктив - геморрагические элементы. Пульс 140 ударов в минуту, АД 140/90 мм рт.ст. Тоны сердца приглушены, на верхушке систолический шум. Дыхание жестковатое, единичные рассеянные хрипы в нижних отделах легких, перкуторно – без притупления. Живот мягкий, безболезненный, правая доля печени выступает из-под реберной дуги на 1,0 см, пальпируется край селезенки. Постукивание по пояснице безболезненно. Менингеальные знаки положительные.

Диагноз. Обследование. Лечение.

Задача

Больной 30 лет заболел 2 дня назад: озноб, температура 39°, схваткообразные боли в нижних отделах живота, многократный жидкий стул, на 2-е сутки – с примесью слизи и крови, появились ложные позывы. При осмотре: состояние средней тяжести. Температура 37,9°. Кожа без сыпи. Пульс 120 ударов в минуту, АД 120/80 мм рт.ст. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот мягкий, болезненный при пальпации в левой подвздошной области, сигмовидная кишка спазмирована. Накануне заболевания пробовал немытые фрукты на рынке.

Диагноз. Обследование. Лечение.

Задача

Больной 35 лет заболел 10 часов назад: резкая слабость, озноб, тошнота и повторная рвота, схваткообразные боли в животе, жидкий стул до 15 раз, болезненные судороги в кистях рук. При осмотре: состояние средней тяжести, температура 38°. Пульс 110 ударов в минуту удовлетворительных качеств, АД 110/70 мм рт.ст. Живот мягкий, болезненный в подвздошных областях. Печень и селезенка не увеличены. Стул обильный водянистый, цвета «болотной тины».

Диагноз. Обследование. Лечение.

Задача

Больной 28 лет заболел постепенно: ломота в теле, головная боль, нарастающие бессонница и потеря аппетита. Постепенно повышалась температура, в связи с чем госпитализирован. При осмотре на 5-й день болезни состояние тяжелое. Температура 40°, резкая бледность кожных покровов,

заторможенность, адинамия, периодически спутанность сознания. Пульс 80 ударов в минуту, АД 100/60 мм рт.ст. Тоны сердца глухие. В легких жесткое дыхание, единичные сухие рассеянные хрипы. Язык обложен коричневым налетом, утолщен, отпечатки зубов по краям. Живот мягкий, несколько вздут, чувствительный при пальпации в илеоцекальной области. Пальпируются увеличенные печень и селезенка. На 10-й день болезни появились единичные элементы розеолезной сыпи на коже живота. Стул нерегулярный, отмечает склонность к запорам.

Диагноз. Обследование. Лечение.

Задача

Больной К., охотник, заболел остро: озноб, температура 40,0°, резкая головная боль, головокружение, рвота. Госпитализирован на 1-й день болезни в крайне тяжелом состоянии. Больной возбужден, лицо гиперемировано, глаза блестящие, речь невнятная, походка шатающаяся. Кожа влажная, без сыпи. Дыхание везикулярное, единичные мелкопузырчатые влажные хрипы. ЧД 20 в минуту. Кашель умеренный, мокрота жидкая, светло-розового цвета, кровянистая. При глубоком вдохе резкая болезненность в правой половине грудной клетки. Тоны сердца глухие, АД 90/60 мм рт.ст. Пульс слабого наполнения, частота 120 ударов в минуту. Язык сухой, покрыт густым белым налетом. Живот мягкий, безболезненный.

Диагноз. Обследование. Лечение.

Задача

Больная 30 лет заболела 7 дней назад: недомогание, насморк, першение в горле, температура 37.5-38°, ломота в теле. За последние 3 дня на фоне снижения температуры до 37,0° заметила темную мочу и желтушность склер. Все дни болезни отмечала отсутствие аппетита, тупые боли в эпигастрии, тошноту, была однократная рвота. Сегодня отмечает улучшение самочувствия. О контактах с больными не знает, парентеральные вмешательства за последние полгода отрицает; работа связана с частыми командировками. При осмотре: состояние средней тяжести. Вялая. Выраженная желтушность кожи и склер. Пульс 65 ударов в минуту, АД 110/60 мм рт.ст. Пальпируется увеличенная печень (+2,0 см), край эластичный, чувствительный при пальпации. Селезенка не увеличена.

Диагноз. Обследование. Лечение.

Задача

Ученица 11-го класса заболела неделю назад: в течение 3-х дней субфебрилитет, затем нормализация температуры тела. Общее самочувствие оставалось хорошим, отмечала незначительное снижение аппетита. С 4-го дня болезни заметила темную мочу; на 7-ой день - желтушность склер, по поводу чего обратилась к врачу поликлиники. При осмотре: состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски, краевая желтушность склер. Живот мягкий, безболезненный, печень + 1,0 см, край эластичный, безболезненный. Биохимические показатели: АЛТ 900 Ед/л, билирубин 48 мкмоль/л. Из анамнеза известно, что полтора месяца назад вводила наркотики внутривенно.

Диагноз. Обследование. Лечение.

Задача

Больная 45 лет в течение 3-х недель отмечала субфебрилитет, вялость, ломоту в теле и боль в суставах, особенно мелких. После обращения к терапевту в течение недели принимала диклофенак; в связи с появлением уртикарной сыпи на коже туловища и конечностей были назначены супрастин и кальция глюконат. Жалобы на снижение аппетита, ощущение тяжести в эпигастрии; последние 2 дня - темная моча. При осмотре: состояние средней тяжести. Кожные покровы и склеры желтушны. Сыпи нет. Живот мягкий, безболезненный. Край печени чувствителен при пальпации, выступает на 2 см из-под реберной дуги. Известно, что 4 месяца назад муж болел гепатитом В.

Диагноз. Обследование. Лечение.

Задача

ПРИМЕРНЫЕ СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ ДЛЯ ГОСУДАРСТВЕННОЙ АТТЕСТАЦИИ ПО ФТИЗИАТРИИ

Задача

Больная, 20 лет, поступила для обследования в туберкулезное хирургическое отделение.

Анамнез: в возрасте 11 лет имела кратковременный контакт с дядей больным туберкулезом, вернувшимся из мест лишения свободы. Первые симптомы заболевания появились 2 года назад, когда после перенесенного простудного заболевания длительно сохранялась субфебрильная температура. Последних 6 мес. беспокоит покашливание, потеряла в массе тела 15 кг. Состояние резко ухудшилось после переохлаждения, повысилась температура до 38,5°, появился кашель с мокротой, одышка. Госпитализирована в стационар с диагнозом «Острая пневмония».

Лечение неспецифическими антибиотиками в течение месяца без эффекта. Состояние ухудшилось, появилось кровохарканье. Больная была переведена в туберкулезное отделение, где находилась 18 месяцев с диагнозом: «Двусторонний инфильтративный туберкулез в фазе распада и обсеменения. МБТ (+)».

Данные осмотра: состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Над- и подключичные ямки западают. Укорочение перкуторного звука в верхних отделах с обеих сторон. В нижних отделах перкуторный звук с коробочным оттенком. Дыхание в верхних отделах легких жесткое, в нижних - ослабленное. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС 80 уд/мин. Со стороны других органов - без особенностей.

Клинический анализ крови: Нв - 120 г/л, Эр - $4,0 \times 10^{12}$ /л, Л - $6,0 \times 10^9$ /л, П - 2 %, С - 58 %, Эз - 3 %, Лф - 27 %, М - 10 %, СОЭ - 12 мм/час.

Общий анализ мочи: без патологии.

Рентгено-томографическое исследование: верхние доли обоих легких уменьшены в объеме, пронизаны фиброзными тяжами, воздушность их снижена. Справа имеется щелевидная полость. Корни подтянуты вверх. Нижние отделы легких эмфизематозные.

МБТ методом флотации и посева не обнаружены. Фибробронхоскопия: рубцовый стеноз III степени бронха второго сегмента справа.

Сформулируйте предположительный диагноз.

С какими заболеваниями проводится дифференциальная диагностика?

Составьте план дообследования.

Предложите план лечения.

Ваш прогноз.

Задача

Больной 50 лет, по профессии инженер, поступил в стационар с жалобами на слабость, утомляемость, кашель с единичными плевками мокроты.

Анамнез: условия жизни неблагоприятные - проживает в общежитии, семьи нет. Пациент злоупотребляет алкоголем, длительное время курит, последние 3 года его беспокоит частый приступообразный кашель, одышка при физической нагрузке. Поводом для обращения к врачу было кровохарканье. Данные осмотра: состояние удовлетворительное. Температура 37,5°C. При глубоком вдохе боль под углом правой лопатки. Перкуторно справа в подлопаточной области укорочение звука, там же выслушиваются скудные влажные хрипы на фоне жесткого дыхания. Частота дыханий 24/мин. Пульс 80 уд/мин, удовлетворительного наполнения. Тоны сердца приглушены. Со стороны органов брюшной полости - без особенностей.

Клинический анализ крови: Нв - 105 г/л, Эр - $3,5 \times 10^{12}$ /л, Л - $10,0 \times 10^9$ /л, П - 10 %, С - 54 %, Эз - 3 %, Лф - 23 %, М - 10 %, СОЭ - 20 мм/час. Общий анализ мочи: без патологии.

Рентгено-томографическое исследование: в S6 правого легкого определяется кольцевидная тень размерами 3х3 см с четкими внутренними и нечеткими наружными контурами. Ширина стенок полости до 6 мм, жидкости в ней не обнаруживается. Вблизи полости единичные очаги средней интенсивности. В остальных отделах легких очаговые и инфильтративные изменения отсутствуют.

МБТ методом флотации и посева: в мокроте обнаружены МБТ.

Фибробронхоскопия: локальное утолщение и гиперемия слизистой оболочки бронха шестого сегмента справа, сужение и деформация его просвета. Через 4 месяца лечения противотуберкулезными препаратами: больной жалоб не предъявляет. Рентгенологически диаметр кольцевидной тени не изменился, но ширина стенки уменьшилась до 3 мм, очаги уменьшились и уплотнились.

Сформулируйте предположительный диагноз.

С какими заболеваниями проводится дифференциальная диагностика?

Составьте план дообследования. Предложите план лечения. Ваш прогноз.

Задача №

Больной, 40 лет, поступил в стационар с жалобами на кашель с мокротой, кровохарканье, одышку, подъемы температуры до фебрильных цифр, обильное потоотделение.

Анамнез: пациент одинокий, употребляет алкоголь, в течение двух лет находился в местах лишения свободы. Через полгода после освобождения был выявлен инфильтративный туберкулез легких в фазе распада. Длительность основного курса составляла 4 месяца с клиническим улучшением, после чего пациент самовольно покинул стационар, не лечился и не наблюдался в диспансере. Повторная госпитализация через год с ухудшением самочувствия.

Данные осмотра: состояние средней тяжести. Больной бледен, истощен, определяется акроцианоз. У пациента впалая грудь, дряблая мускулатура, выглядит старше своих лет. Правая половина грудной клетки отстает в акте дыхания, в верхних ее отделах сужены межреберные промежутки. Над верхними отделами грудной клетки справа определяется укорочение перкуторного звука, жесткое дыхание, сухие и влажные среднепузырчатые хрипы.

Клинический анализ крови: Нб - 95 г/л, Эр - $3,5 \times 10^{12}/л$, Л - $9,5 \times 10^9/л$, П - 12 %, С - 61 %, Эз - 2 %, М - 7 %, Лф - 18 %; СОЭ - 30 мм/час.

Общий анализ мочи: уд. вес 1018, сахара нет, белок следы, лейкоциты 10-12 в п/зр., эритроциты 4-5 в п/зр..

Рентгено-томографическое исследование: уменьшение в объеме верхней доли правого легкого, смещение органов средостения вправо. В S1-S2 правого легкого определяется кольцевидная тень неправильной формы размерами 4x3 см с четкими внутренними и наружными контурами, шириной стенок до 7мм. В средних отделах левого легкого определяются очаги различной величины и интенсивности.

R-Манту: папула 8 мм.

МБТ методом флотации и посева: в мокроте обнаружены МБТ, устойчивые к стрептомицину, изониазиду, рифампицину.

Фибробронхоскопия: инфильтрат с гиперемией слизистой оболочки правого верхнедолевого бронха.

Сформулируйте предположительный диагноз.

С какими заболеваниями проводится дифференциальная диагностика?

Составьте план дообследования. Предложите план лечения. Ваш прогноз.

Какие осложнения туберкулезного процесса имеются у данного больного?

Задача

Больной 46 лет, по профессии строитель, поступил в терапевтическое отделение с жалобами на боли в левой половине грудной клетки, одышку, повышение температуры до $39^{\circ}C$.

Анамнез: в течение трех месяцев отмечал повышенную утомляемость, повышение температуры до субфебрильных цифр, колющие боли под левой лопаткой, которые расценивались как невралгия. Самочувствие ухудшилось резко после переохлаждения на работе: появились кашель без мокроты, одышка при небольшой нагрузке, боли и тяжесть в грудной клетке, связанные с дыханием, повысилась температура.

При осмотре: состояние средней тяжести. Бледность, одышка с ЧД 32/мин. Пульс 110 уд/мин, удовлетворительного наполнения. Тоны сердца чистые. Левая половина грудной клетки отстает в акте дыхания, межреберные промежутки сглажены. Отмечается укорочение перкуторного звука над нижними отделами левого легкого, голосовое дрожание ослаблено, дыхание в этих отделах не прослушивается. Со стороны органов брюшной полости - без особенностей.

Клинический анализ крови: Нб - 120 г/л, Эр - $4,8 \times 10^{12}/л$, Л - $5,0 \times 10^9$ %, П - 8 %, С - 66 %, Эз - 1 %, Лф - 18 %, М - 7 %, СОЭ - 35 мм/час.

Общий анализ мочи: без патологии R-Манту с 2 ТЕ: папула 14 мм.

Обзорная рентгенограмма грудной клетки: отмечается гомогенное затемнение нижних отделов левого легочного поля. Затемнение имеет косую верхнюю границу, идущую сверху вниз и наружу внутрь на уровне IV ребра. Интенсивность тени возрастает сверху вниз.

Сформулируйте предположительный диагноз.

С какими заболеваниями проводится дифференциальная диагностика?

Составьте план дообследования.

Предложите план лечения. Ваш прогноз.

Какие противоэпидемические мероприятия необходимо провести?

Задача

У больного, 18 лет, без определенных занятий, выявлена патология при прохождении медицинской комиссии в военкомате.

Анамнез: пациент из плохих материально-бытовых условий, живет с матерью в коммунальной квартире. В дошкольном возрасте имел периодический контакт с дядей больным туберкулезом. В противотуберкулезном диспансере не наблюдался, химиопрофилактика не проводилась. В течение последних трех месяцев беспокоила слабость, сонливость, повышенная потливость, утомляемость, по поводу которых Д. к врачу не обращался. Кашля не было.

Данные осмотра: состояние удовлетворительное. Симптомы интоксикации выражены умеренно в виде бледности, пониженной массы тела. Периферические лимфоузлы пальпируются в трех группах, размерами с горошину, безболезненны. При пальпации определяется болезненность и ригидность мышц левого надплечья. Над легкими - ясный легочный звук, дыхание жесткое в верхних отделах слева, хрипов нет. По остальным органам - без патологии.

Клинический анализ крови: Нв - 134 г/л, Л - $4,3 \times 10^9$ /л, Эз - 2 %, Г1 - 1 %, С - 42 %, М - 10 %, Лф — 51 %, СОЭ - 17 мм/час.

Общий анализ мочи: без патологии.

Промывные воды бронхов: методом флотации и посева МБТ (-).

Рентгено-томографическое исследование: в S1-S2 левого легкого на фоне усиленного легочного рисунка группа очаговых теней малой интенсивности диаметром от 4 до 10 мм.

Фибробронхоскопия: без патологии.

Оцените объем и качество мероприятий по профилактике и выявлению туберкулеза.

Сформулируйте предположительный диагноз.

С какими заболеваниями проводится дифференциальная диагностика?

Составьте план дообследования.

Предложите план лечения. Ваш прогноз.

Задача

У больной, 25 лет, патология выявлена при флюорографическом исследовании, в связи с устройством на работу.

В анамнезе: вакцинирована БЦЖ в родильном доме, рубчик 5 мм. В детстве в течение двух лет имела туберкулезный контакт с матерью, которая умерла от туберкулеза, когда девочке было 7 лет. Наблюдалась в противотуберкулезном диспансере в течение года, проведен один курс химиопрофилактики изониазидом в течение 3-х месяцев.

Два года назад переносила бронхо-легочное заболевание, с длительным повышением температуры до субфебрильных цифр, беспокоил кашель без мокроты в течение четырех месяцев. По этому поводу пациентка обращалась в поликлинику, где был поставлен диагноз «затяжной бронхит». ФЛГ проходила три года назад.

Данные осмотра: жалобы отсутствуют. Женщина пониженного питания - масса тела 46 кг, при росте 164 см. Кожные покровы чистые, бледные. Периферические лимфоузлы пальпируются в 4 группах, плотно-эластической консистенции, не спаяны, безболезненны. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС 80 уд/мин. Левая половина грудной клетки уменьшена в объеме в верхних отделах. Перкуторно определяется укорочение звука слева над остью лопатки. Дыхание жесткое в верхних отделах слева, хрипов нет. Со стороны органов брюшной полости - без особенностей. Температура тела нормальная.

Клинический анализ крови: Нв - 110 г/л, Эр - $3,5 \times 10^{12}$ /л, Л - $6,5 \times 10^9$, П - 1 %, Эз - 1 %, С - 52 %, М - 5 %, Лф - 41 %, СОЭ - 17 мм/час.

Общий анализ мочи: без патологии.

Рентгено-томографическое исследование: в S1-S2 левого легкого на фоне фиброза определяется округлой формы плотный, четко очерченный фокус размерами 2,5x1,5 см, пронизанный тяжами, выше - единичные мелкие плотные очаги, часть из них с отложениями солей кальция. Кальцинированные лимфоузлы в корне левого легкого. МБТ методом флотации и посева не обнаружены. Фибробронхоскопия: рубцовые изменения слизистой оболочки бронха второго сегмента слева.

Сформулируйте предположительный диагноз.

С какими заболеваниями проводится дифференциальная диагностика?

Составьте план дообследования.

Предложите план лечения. Ваш прогноз.

Задача

Больной, 37 лет, поступил в терапевтический стационар с жалобами на одышку при физической нагрузке, кашель со скудной мокротой, снижение аппетита, общую слабость.

Анамнез: заболел остро за три дня до поступления, когда стали беспокоить боли в грудной клетке, подъемы температуры до 39°C. При рентгенологическом исследовании выявлен левосторонний экссудативный плеврит. При плевральной пункции удалено 1,5 литра жидкости соломенного цвета. После проведения неспецифического лечения больной выписан в удовлетворительном состоянии. Через 8 месяцев у больного появились общая слабость, недомогание, похудание на 5 кг. Госпитализирован для обследования.

Данные осмотра: состояние удовлетворительное. Питание снижено, бледен. Температура тела 37,6°C. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Тоны сердца чистые. Пульс 84 уд/мин, удовлетворительного наполнения. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Укорочения перкуторного тона нет. Живот мягкий, безболезненный, печень по краю реберной дуги.

Клинический анализ крови: СОЭ - 31 мм/час, в остальном без изменений.

Анализ мокроты: методом бактериоскопии отрицательный, методом посева обнаружено 10 колоний МБТ.

Обзорная рентгенограмма грудной клетки: в обоих легких симметрично, преимущественно в верхних и средних отделах на фоне усиленного легочного рисунка определяются множественные очаговые тени, которые на отдельных участках сливаются между собой.

После лечения противотуберкулезными препаратами отмечена положительная рентгенологическая динамика, значительное рассасывание очагов в обоих легких. Исчезли симптомы туберкулезной интоксикации.

Сформулируйте предположительный диагноз.

С какими заболеваниями проводится дифференциальная диагностика?

Составьте план дообследования.

Предложите план лечения. Ваш прогноз.

Задача

Больная 36 лет, по профессии парикмахер, отмечает ухудшение самочувствия с февраля 2000 г., когда после перенесенного ОРВИ в течение двух месяцев беспокоили слабость, потливость, снижение работоспособности, раздражительность, нарушение сна. Наблюдалось повышение температуры до 37,2-37,5°C, снижение массы тела на 2 кг. С этими жалобами больная обратилась к терапевту в апреле 2000 г. При объективном обследовании патологии не выявлено. Пациентка была направлена на консультацию к эндокринологу с диагнозом «Тиреотоксикоз?», но эндокринной патологии не выявлено. В конце мая 2000 г. появились боли в правой половине грудной клетки, кашель с небольшим количеством слизистой мокроты. Больная вновь обратилась к терапевту.

При осмотре: умеренно выраженные симптомы интоксикации в виде бледности, потливости, снижения массы тела. Над легкими - справа в верхних отделах - небольшое укорочение перкуторного звука. Здесь же выслушиваются ослабленное дыхание и единичные влажные хрипы непостоянного характера. Тоны сердца приглушены, тахикардия. Со стороны других органов - без особенностей.

Клинический анализ крови: Нб - 120 г/л, Эр - $4,0 \times 10^{12}/л$, Лп - $6,0 \times 10^9/л$, П - 8 %, С - 54%, Эз - 1 %, Лф - 28 %, М - 9 %, СОЭ - 22 мм/час.

Общий анализ мочи: без патологии.

ФЛГ (V/2000 г.): в верхней доле правого легкого определяется участок инфильтрации округлой формы с нечеткими контурами, диаметром около 3 см, неоднородной структуры. Вокруг инфильтрата несколько очагов размерами 0,3-0,6 см. Предыдущая ФЛГ (II/1998 г.): без патологии.

Больная направлена в терапевтический стационар с диагнозом: «Пневмония».

Сформулируйте предположительный диагноз.

С какими заболеваниями проводится дифференциальная диагностика?

Составьте план дообследования.

Предложите план лечения. Ваш прогноз.

Задача

Больной, профессия - милиционер. В анамнезе - язвенная болезнь желудка с 1997 г., курит в течение 15 лет. Последние 5 лет часто беспокоит кашель со слизисто-гнойной мокротой. Ухудшение самочувствия с осени 2000 г., когда появились слабость, утомляемость, усиление кашля, появле-

ние прожилок крови в мокроте. Обратился к терапевту в ноябре 2000 г., лечился с диагнозом "хронический бронхит". В январе 2001 г. отмечал усиление слабости, подъемы температуры до 38°C, кашель. Похудел за последние 6 месяцев на 6 кг. Лечился в поликлинике с диагнозами: «ОРВИ», «Язвенная болезнь желудка». Патология легких выявлена при очередном ФЛГ-обследовании по месту работы в феврале 2001 г. Предыдущая ФЛГ в декабре 1998 г. - норма.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Умеренно выражены симптомы интоксикации: бледность, похудание, избыточная потливость. Грудная клетка эмфизематозная. ЧД 28/мин. Над верхней долей правого легкого укорочение перкуторного звука, там же выслушивается жесткое дыхание, немногочисленные влажные хрипы. Тоны сердца приглушены, систолический шум в области верхушки. ЧСС 100 уд/мин.

Клинический анализ крови: Нб - 110 г/л, Эр - $3,9 \times 10^{12}/л$, Л - $10,0 \times 10^9$, П - 12 %, С - 53 %, Эз - 1 %, Лф - 25 %, М - 10 %, СОЭ - 25 мм/час.

Общий анализ мочи: без патологии.

R-Манту с 2 ТЕ: папула 10 мм.

Обзорная рентгенограмма грудной клетки: верхняя доля правого легкого неравномерно затемнена за счет участков сливной инфильтрации и очагов различного размера и интенсивности. В центре инфильтрата - полость неправильно-округлой формы диаметром 2 см. В S4-S5 правого и левого легких группы очагов размерами 5-10 мм.

Анализ мокроты: обнаружены кислотоупорные палочки методом бактериоскопии.

Сформулируйте предположительный диагноз.

С какими заболеваниями проводится дифференциальная диагностика?

Составьте план дообследования.

Предложите план лечения. Ваш прогноз.

Относился ли данный больной к «группе риска» по туберкулезу?

Задача

Больная 37 лет, по профессии повар, поступила в стационар с жалобами на подъем температуры до 39°C, кашель с мокротой, одышку.

Анамнез: больной себя считает около двух недель. Отмечался резкий подъем температуры, сухой кашель, боль в левой половине грудной клетки при дыхании. Лечилась симптоматическими средствами и антибиотиками. В связи с отсутствием эффекта была госпитализирована в стационар с диагнозом «Левосторонняя пневмония».

Данные осмотра: состояние при поступлении средней тяжести. Отмечалась бледность, снижение массы тела на 10 кг, одышка. Над левым легким - укорочение перкуторного звука, дыхание жесткое, выслушиваются единичные влажные хрипы на ограниченном участке слева в верхних отделах.

Клинический анализ крови: Нб - 121 г/л, Л - $6,7 \times 10^9/л$, П - 10 %, С - 62%, Эз - 3%, Лф - 20 %, М - 5 %, СОЭ - 23 мм/час.

Обзорная рентгенограмма грудной клетки: инфильтративное затемнение в левом легком, преимущественно в верхнем и среднем отделах, неоднородной структуры. Больная получила два курса неспецифической антибактериальной терапии: цефазолин 10 дней, затем ровамицин 10 дней. Клинического улучшения нет.

На повторной рентгенограмме (после лечения): неоднородная инфильтрация в S1-S2-S3 левого легкого с границей по междолевой щели, где она наиболее плотная, в S4-S5 очаговая, местами сливная инфильтрация. Рентгенологически отмечается прогрессирование заболевания. Бактериоскопическое исследование мокроты на МБТ с окраской по Цилю-Нильсену проведено через 25 дней после поступления в стационар. Результат положительный: 6-8 МБТ в препарате.

R-Манту: папула 14 мм. Фибробронхоскопия: выявлен инфильтративный туберкулез левого верхнедолевого бронха.

Сбор эпидемиологического анамнеза показал, что в общежитии квартирного типа, в котором проживала больная, на том же этаже был выявлен больной туберкулезом.

Сформулируйте предположительный диагноз.

С какими заболеваниями проводится дифференциальная диагностика?

Составьте план дообследования.

Предложите план лечения.

Ваш прогноз.

Какие клинико-рентгенологические варианты данной формы процесса существуют?